

RELATÓRIO VISITA TÉCNICA

Nº. 001/2022

ACOMPANHAMENTO DO CUMPRIMENTO DE METAS CONTRATUALIZADAS

Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do Sistema Único
de Saúde em Mato Grosso do Sul - HFSUS

Hospital: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA
Município: Cassilândia- MS

Cassilândia- MS
Abril – 2022

1. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

1.1 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

CNPJ/MF: 02.037.950/0001-16

Endereço: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1133

E-mail: admiscmc@gmail.com

CNES: 2375680

1.2 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASSILÂNDIA- MS

CNPJ/MF: 033.429.20/0001-86

Condição da Gestão: Gestão Municipal de Serviços de Saúde

Endereço: Rua João Cristino da Silva, 429- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1099

E-mail: gestao@smsscassilandia.com.br

Tipo de prestador: Público Municipal

Tipo de UPS: Gerência de Saúde Pública Municipal

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

2.1 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: José Lourenço Braga Liria Marin

Endereço: Rua João Cristino da Silva, 429- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1099

Ato de nomeação: Portaria nº249/2019 de 29/04/2019 empossado em 30/04/2019

E-mail: gestao@smsscassilandia.com.br

2.3 PROVEDOR - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

Nome: Adenilson Pereira de Camargo

Endereço: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro

CEP:79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS

Telefone: (67) 3596-1133



2.4 GERENTE ADMINISTRATIVO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

Nome: Voleguimar Paimel de Queiroz
Endereço: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro
CEP: 79.540-000 Cidade: Cassilândia - MS
Telefone: (67) 3596-1133

2.5 DIRETOR CLÍNICO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASSILÂNDIA

Nome: Luiz Humberto Cardoso
CRM-MS: 2127
Endereço: Rua Pedro Pereira de Almeida, 391- Centro
Telefone: (67) 3596-1133

2.6 TÉCNICO RESPONSÁVEL – ENFERMAGEM

Nome: Suellen Rodrigues Vaz
COREN-MS: 333390
Endereço Com: Rua Pedra Pereira de Almeida, nº 391 - Centro
Telefone: (67) 3596-1133
Ato de nomeação: 23/12/2019 e 18/01/2021
Início da atividade como RT: 23 de dezembro de 2019 à 23 de dezembro 2020, renovado em 18 de janeiro de 2021 à 18 de janeiro de 2022.

3. EQUIPE DE AUDITORES:

NOME	MATRÍCULA
Caroline Meireles Fanfoni	2667
Laécio dos Santos Oliveira	2236



4. LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1: Relação de indicadores das metas do eixo de assistência à saúde contratualizadas e a pontuação obtida quanto cumprimento por indicador para o segundo semestre de 2021 (julho a dezembro).</i>	<i>9</i>
<i>Tabela 2: Relação de indicadores contratualizados das metas do eixo de gestão e a pontuação obtida quanto cumprimento da meta para o segundo semestre de 2021 (julho a dezembro).</i>	<i>10</i>
<i>Tabela 3: Relação de indicadores contratualizados das metas do eixo de avaliação e a pontuação obtida quanto cumprimento da meta para o segundo semestre de 2021 (julho a dezembro).</i>	<i>12</i>
<i>Tabela 4: Pontuação por faixa de desempenho.</i>	<i>12</i>
<i>Tabela 5: Pontuação obtida por eixos avaliados nas metas qualitativas pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia.</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 6: Frequência de internações aprovadas, meta contratualizada e % de cumprimento, período de janeiro a junho de 2021.</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 7: Internações realizadas por clínica de paciente residente no município de Cassilândia realizadas em outros hospitais de Mato Grosso do Sul no segundo semestre de 2021.</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 8: Número de procedimentos de média complexidade realizados pelo ambulatório do hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, no segundo semestre de 2021.</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 9: Situação cadastral de profissionais da unidade do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia.</i>	<i>20</i>



5. LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CECAA	Coordenadoria Estadual de Controle Avaliação e Auditoria
CERA	Central Estadual de Regulação da Assistência
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIU	Dispositivo Intra Uterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Grupo Ministerial
ISCMC	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Contratualização
UBS	Unidade Básica de Saúde
≥	Maior ou igual a
<	Menor que





6. SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL.....	2
2. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS.....	2
3. EQUIPE DE AUDITORES:	3
4. LISTA DE TABELAS	4
5. LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS.....	5
6. SUMÁRIO	6
7. INTRODUÇÃO.....	7
8. MÉTODO	7
9. DESENVOLVIMENTO	9
9.1 METAS QUALITATIVAS.....	9
PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.	10
7.e) Atas das Reuniões Realizadas, de Acordo com a Periodicidade Estabelecido em Regimento Interno. .	11
7.f) Implantar no Mínimo 2 (dois) Protocolos de Segurança por Semestre, de Acordo com a RDC nº	
13/2013.	11
7.g) Notificação de Eventos Adversos no Sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por mês).	11
9.2 METAS QUANTITATIVAS.....	13
9.2.1 Internações Hospitalares de Média Complexidade – Metas Físicas	13
9.2.2 Atendimento Ambulatorial de Média Complexidade.....	14
10. CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES AO HOSPITAL	15
10.1 EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	15
10.2 EIXO DE GESTÃO	19
10.3 EIXO DE AVALIAÇÃO.....	26
11. CONCLUSÃO.....	27



7. INTRODUÇÃO

O presente relatório trata da verificação do cumprimento de metas quali quantitativas constantes do Documento Descritivo parte integrante do Termo de Contratualização nº. 001/2021 e suas alterações posteriores, celebrado entre o Município de Cassilândia/MS, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia com a Interveniência do Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MS), em consonância com Programa Estadual de Contratualização dos Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Público de Saúde em Mato Grosso do Sul (CONTRATMS), referente ao período de julho a dezembro de 2021.

A equipe de Auditores do componente municipal de auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Cassilândia infra-assinada é responsável pela realização da atividade e elaboração do presente relatório.

8. MÉTODO

Para desenvolvimento dos trabalhos, a equipe realizou na fase analítica e operativa as seguintes atividades:

- a) Levantamento e análise do cumprimento das metas quali quantitativas e indicadores hospitalares contratualizados, referentes ao 2º semestre/2021, obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados (SIHD/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), por meio de tabulação de dados no aplicativo Tabulador de Dados para Windows - Tabwin;
- b) Consulta e análise do cadastro do hospital, no sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- c) Visita técnica ao Hospital em 01/04/2022 e 12/04/2022, reunião com os responsáveis;
- d) Aplicação de Instrumento de Avaliação da Satisfação dos colaboradores, no próprio estabelecimento.
- e) Aplicação de Instrumento de Avaliação da Satisfação dos Usuários e Puérperas, via contato telefônico.



- f) Análise do Documento Descritivo, referente às metas contratualizadas constantes do Termo de Contratualização vigente;
- g) Análises dos seguintes documentos e Portarias:
- a. Termo de Contratualização nº 001/2021;
 - b. Primeiro Termo Aditivo ao TC nº 001/2021;
 - c. Serviço de esterilização (laqueadura e/ou vasectomia) cadastrado/habilitado e em funcionamento de acordo com a Lei Federal nº 9.263 de 12/01/96, Lei Estadual nº 2.497 de 31/07/02 e Portaria MS SAS nº 48 de 11/02/99;
 - d. Portaria de Consolidação de nº 5, de 28 de setembro de 2017, capítulo VIII da Segurança do Paciente;
 - e. Portaria GM nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria GM nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovam os Protocolos de Segurança do Paciente, sobre os seguintes temas: Identificação do paciente; Higienização das mãos; Prevenção de quedas; Prevenção de lesão por pressão; Cirurgia segura e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
 - f. Resolução – RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde;
 - g. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que define a Educação Permanente como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;
 - h. Resolução nº 13/SES/MS de 20 de março de 2020 que determina a suspensão da realização de cirurgias eletivas pela rede pública estadual e pela rede contratualizada, em virtude da pandemia por Doenças Infecciosas Virais - COVID-19;
 - i. Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, que suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

  

- j. Decreto nº 15.644, de 31 de março de 2021 que suspende a realização de cirurgias eletivas pelos hospitais da rede pública estadual e pela rede contratualizada a partir do dia 05 de abril de 2021;
- k. Lei nº 14.189, de 28 de julho de 2021 que altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2021 e prorroga até 31 de dezembro de 2021 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde a partir de 1º de janeiro de 2021.

9. DESENVOLVIMENTO

Para avaliar o cumprimento das metas qualitativas que constam no Primeiro Termo Aditivo ao Termo de Contratualização de nº. 001/2021 do referido hospital, inicialmente o Serviço Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Cassilândia solicitou via ofício ao Gerente Administrativo do Hospital, Sr. Voleguimar Paimel de Queiroz, documentações para comprovação de cumprimento de metas contratualizadas. Estes foram analisadas pelo setor municipal de auditoria.

9.1 METAS QUALITATIVAS

Para avaliação das metas qualitativas, os dados analisados referem-se ao período de julho a dezembro de 2021, conforme segue: **Tabela 01** com as metas do Eixo de Assistência à Saúde, **Tabela 2** com as metas do Eixo de Gestão e **Tabela 3** com as metas dos Eixo de Avaliação, apresentando os registros e verificação do cumprimento pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia (CNES nº 2375680) e suas respectivas pontuações, conforme o Documento Descritivo, com as metas inseridas no Termo de Contratualização nº 001/2021, em seu Primeiro Termo Aditivo com vigência até o dia 31 de agosto de 2022.

Tabela 1: Relação de indicadores das metas do eixo de assistência à saúde contratualizadas e a pontuação obtida quanto cumprimento por indicador para o segundo semestre de 2021 (julho a dezembro).

METAS DO EIXO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE					
Nº	Indicadores	Contratualizado		Situação Encontrada	
		Metas	Pontuação	Cumprimento	Pontuação Obtida
	<u>Média de Permanência (geral/institucional):</u>	Até 2 dias =30 pontos;			



01	Relação entre o número de pacientes-dia (permanência) e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (em dias) que os pacientes ficaram internados no hospital.	ou > 2 até 3 dias = 60 pontos; > 3 até 4 dias = 100 pontos.	100	3,08 (> 3 até 4)	100
02	Taxa de Mortalidade Institucional: Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período. (soma de usuários que receberam alta hospitalar, que foram transferidos ou que evoluíram para óbito)	<= 3,5%	100	5,04%	00
03	Rede Cegonha: 3.a) Contato Imediato Pele a Pele na 1ª hora de Vida. Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram contato imediato pele a pele na 1ª hora de vida e o total de RN, no período avaliado.	SIM a) 50	100 Considerar pontuação quando obter 60% de "a" e "b"	50	100
	3.b) Aleitamento Materno na 1ª hora de Vida. Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram aleitamento materno na 1ª hora de vida e o total de RN, no período avaliado.	SIM b) 50		50	
04	<u>Participação na Política da Atenção às Urgências e Emergências.</u>	SIM a) 40	120	SIM 40	120
	4.a) Acolhimento com Classificação de Risco. 4.b) Implantação de protocolos clínicos para as 3 (três) linhas de cuidados das patologias de maior incidência.	SIM b) 40		SIM 40	
	4.c) Existência de Médico e Enfermeiro 24 horas no Hospital.	SIM c) 40		SIM 40	
Pontuação das metas do eixo de assistência à saúde			420		320

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021; documentação encaminhada pela unidade; e dados coletados no TABWIN levantados em março 2022.

Tabela 2: Relação de indicadores contratualizados das metas do eixo de gestão e a pontuação obtida quanto cumprimento da meta para o segundo semestre de 2021 (julho a dezembro).

METAS DO EIXO DE GESTÃO					
Nº	Indicadores	Contratualizado		Situação Encontrada	
		Metas	Pontuação	Cumprimento	Pontuação Obtida
05	Cadastro do Hospital atualizado no CNES				
	5.a) Profissionais cadastrados.	SIM a) 05	20	SIM a) 05	20
	5.b) Serviços Cadastrados.	SIM b) 05		SIM b) 05	
	5.c) Instalações Físicas para Assistência.	SIM c) 05		SIM c) 05	

[Handwritten signatures]

	(Instalações Físicas para assistência de Urgência e Emergência; Ambulatório; Centro Cirúrgico)			
	5.d) Equipamentos cadastrados.	SIM d) 05	SIM d) 05	
06	<p>Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH).</p> <p>Relação percentual entre o número de pacientes-dia (soma dos dias de permanência dos pacientes internados que receberam alta hospitalar, transferência a outro hospital ou que evoluíram para óbito) e o número de leitos-dia no período avaliado.</p> <p>OU</p> <p>Quando o Hospital não atingir a taxa de ocupação igual ou maior que 80%, considerar a pontuação máxima (100 pontos) desde que a instituição cumpra 90% ou mais da quantidade de internações contratualizadas em cada uma das clínicas básicas.</p>	<p>Se apresentar:</p> <p><30% = 0 pontos</p> <p>≥30% a <60% = 30 pontos</p> <p>≥60% a <80% = 60 pontos</p> <p>≥80% = 100 pontos</p>	<p>20,15%</p> <p>Resta Prejudicada Lei 13.992/2020</p>	100
07	<p>Segurança do paciente.</p> <p>7.a) Documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP e constituição da respectiva equipe.</p>	SIM a) 10	SIM b) 10	100
	7.b) Cadastro do NSP no site da ANVISA – NOTIVISA	SIM b) 20	SIM b) 20	
	7.c) Regimento Interno do NSP.	SIM c) 10	SIM b) 10	
	7.d) Plano de Segurança do Hospital.	SIM d) 20	SIM b) 20	
	7.e) Atas das Reuniões Realizadas, de Acordo com a Periodicidade Estabelecido em Regimento Interno.	SIM e) 20	SIM b) 20	
	7.f) Implantar no Mínimo 2 (dois) Protocolos de Segurança por Semestre, de Acordo com a RDC nº 13/2013.	SIM f) 20	SIM b) 20	
	7.g) Notificação de Eventos Adversos no Sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por mês).	SIM g) 20	NÃO g) 0	
08	<p>Existência de e/ou Participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos.</p> <p>Obs.: Capacitação pode ser interna quando desenvolvida pela direção Hospitalar, ou externa, quando desenvolvida por outras instituições.</p>	<p>Se apresentar:</p> <p>0 a 20% = Zero</p> <p>21 a 35% = 40 pontos</p> <p>36 a 50% = 60 pontos</p> <p>51 a 70% = 90 pontos</p> <p>Acima de 70% = 120 pontos</p>	Acima de 70%	120
Pontuação das metas do eixo de gestão			360	340

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021; documentação encaminhada pela unidade; e dados coletados no TABWIN levantados em março 2022.

Tabela 3: Relação de indicadores contratualizados das metas do eixo de avaliação e a pontuação obtida quanto cumprimento da meta para o segundo semestre de 2021 (julho a dezembro).

METAS DO EIXO DE AVALIAÇÃO					
Nº	Indicadores	Contratualizado		Situação Encontrada	
		Metas	Pontuação	Cumprimento	Pontuação Obtida
09	Avaliação da satisfação dos usuários do SUS – realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: quadrimestral Obs.: Incluir, nos hospitais que realizaram partos, cerca de 20% de parturientes dentre os entrevistados.	Avaliação positiva ≥80%	100	84,63%	100
10	a) avaliação da satisfação dos colaboradores – realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: semestral. Nº de entrevistas: mínimo de 50% dos trabalhadores presentes no hospital, no dia da visita técnica. Conduta da entrevista: os instrumentos serão entregues pela equipe de Auditoria diretamente aos colaboradores.	a) avaliação positiva ≥80%= 60	120	90,3%	120
	b) Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores) Fonte: registro de reunião semestral entre a Direção Administrativa e colaboradores para apresentação do relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria, bem como, para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratualizadas. Obs.: A Direção Administrativa poderá realizar uma ou mais reuniões no semestre, desde que contemple 80% ou mais dos colaboradores da instituição.	b) SIM =60		b) SIM =60	
Pontuação das metas do eixo de avaliação			220		220

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021; documentação encaminhada pela unidade; e dados coletados no TABWIN levantados em março 2022.

O pagamento referente ao cumprimento das metas de qualidade constantes no Primeiro Termo Aditivo da Contratualização nº 001/2021 será efetuado por faixa de desempenho conforme cumprimento das metas qualitativas demonstrado nos quadros a seguir:

Tabela 4: Pontuação por faixa de desempenho.

Pontuação das faixas de desempenho para cálculo do percentual de recursos	
Faixa de Desempenho (pontuação)	Percentual do total de Recursos
De 0 a 50 pontos	0
De 51 a 200 pontos	20%
De 201 a 400 pontos	40%
De 401 a 600 pontos	60%
De 601 a 800 pontos	80%
De 801 a 1.000 pontos	100%

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021.

Tabela 5: Pontuação obtida por eixos avaliados nas metas qualitativas pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia.

Somatória dos Eixos Avaliados			
Eixo avaliado	Numeração dos itens avaliados	Pontuação Contratualizada	Pontuação adquirida Avaliação: Julho a Dezembro de 2021
Total das metas do eixo da Assistência	01 - 04	420	320
Total das metas do eixo de Gestão	05 - 08	340	340
Total das metas do eixo de Avaliação	09 - 10	220	220
Total dos eixos avaliados		1.000	880
De 801 a 1.000 pontos			100%

Fonte: Documento Descritivo de Termo de Contratualização nº 001/2021; soma da pontuação referente as Tabelas 01, 02 e 03.

9.2 METAS QUANTITATIVAS

9.2.1 Internações Hospitalares de Média Complexidade – Metas Físicas

Conforme Contratualização 001/2021, primeiro termo aditivo, o hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia contratualizou a realização de 414 internações/semestral, 69 internações/mês, para o SUS no 2º semestre 2021.

Tabela 6: Frequência de internações aprovadas, meta contratualizada e % de cumprimento, período de julho a dezembro de 2021.

Especialidade	NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR CLÍNICA				
	Anual	Mensal	Semestral	Frequência Jul a dez-2021	% Cumprimento
Clínica Cirúrgica	204	17	102	43	42,16%
Clínica Obstétrica	156	13	78	88	112,82%
Clínico Clínico	360	30	180	188	104,44%
Clínica Psiquiátrica	12	01	06	0	0
Clínica Pediátrica	96	08	48	58	120,83%
TOTAL	828	69	414	377	91,06%

Fonte: DATASUS Tab. Para Windows (TABWIN), consulta em março 2022.

Em referência à meta quantitativa pactuada para as internações hospitalares de 414 internações no semestre, conforme dados obtidos de julho a dezembro de 2021 a instituição realizou 377 internações, o que representa 91,06% de cumprimento. Vale destacar a Resolução nº 13/SES/MS de 20 de março de 2020 em que determina a suspensão da realização de cirurgias eletivas pela rede pública estadual e pela rede contratualizada, em virtude da pandemia por Doenças Infecciosas Virais - COVID-19, desta forma na especialidade de Clínica Cirúrgica houve a realização de 43 procedimentos cirúrgicos de urgência que correspondente a 42,16% da meta prevista. Na especialidade da clínica psiquiátrica não houve internações no semestre avaliado. Nas demais clínicas as internações foram superiores ao contratualizado.

Há necessidade do constante monitoramento dos dados das internações hospitalares para fornecer subsídios na reordenação de futuras pactuações. A variação na produção de procedimentos em cada especialidade médica merece atenção e análise crítica dos gestores do sistema e da gerência do hospital, principalmente em relação a clínica Psiquiátrica.

Tabela 7: Internações realizadas por clínica de paciente residente no município de Cassilândia realizadas em outros hospitais de Mato Grosso do Sul no segundo semestre de 2021.

Leito/ especialidade	Aparecida do Taboado	Campo Grande	Dois Irmãos do Buriti	Paranaíba	Três Lagoas	Total Fora município	Cassilândia	Total Inter. Jul - Dez 2021
Cirúrgica	0	37	0	1	11	49	42	91
Obstétrica	0	1	0	0	0	1	87	88
Clinico	3	22	1	23	9	58	183	241
Psiquiátrica	0	2	0	5	0	7	0	7
Pediátrica	0	6	0	0	0	6	56	62
TOTAL	3	68	1	29	20	121	368	489

Fonte: DATASUS Tab. Para Windows (TABWIN), consulta em março 2021.

Nos dados inseridos no DATASUS de internações realizadas com pessoas residentes do município de Cassilândia, foi verificado que houve **489** internações no segundo semestre de 2021. Destas 368 foram realizadas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, representando 75,26% das internações, houve ainda, 121 internações realizadas nos municípios de: Aparecida do Taboado (03); Campo Grande (68); Dois Irmãos do Buriti (01); Paranaíba (29); e Três Lagoas (20), perfazendo 24,74% das internações de pessoas residentes no município de Cassilândia.

9.2.2 Atendimento Ambulatorial de Média Complexidade

Conforme contratualizado o hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia e aditado Primeiro TA ao TC nº 001/2021 possui contratualizado anual a realização de 20.052 procedimentos, sendo **10.026** procedimentos por semestre nos Grupos 02, 03 e 04 e apresentados na **Tabela 08**.

Tabela 8: Número de procedimentos de média complexidade realizados pelo ambulatório do hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, no segundo semestre de 2021.

Tipo de atendimento por Grupo e Subgrupo	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS			
	Meta Anual	Meta Semestral	Produção Jul - Dez 2021	%
Grupo 02 - Finalidade Diagnóstica				
02.01- Biopsia de pele, lesão e colo uterino	48	24	22	91,67%

02.04- Exames de Raios X	3.600	1.800	1.558	86,56%
02.11.02- Eletrocardiograma	600	300	67	22,33%
02.11.04- Colposcopia	48	24	-	-
Grupo 03 - Procedimento Clínico				
03.01- Consulta médica de urgência	10.200	5.100	3.723	73%
03.01- Consulta Médica em Atenção Especializada	660	330	412	135,97%
03.01 – Consulta Médica com Observação até 24 horas	840	420	213	50,71%
03.01.06- Primeiro Atendimento ortopédico	156	78	25	32,05%
03.03- Procedimentos ortopédicos	960	480	73	15,21%
03.01. Administração de Med. especializada	2.400	1.200	1.344	112%
03.01. Curativo especializado	60	30	-	-
Grupo 04 - Procedimento Cirúrgico				
04.01- Pequenas cirurgias ambulatoriais	360	180	209	116,11%
04.01. Drenagem Pleural	12	06	-	-
04.01. Paracentese	36	18	-	-
04.01-01 Diatermocausterização	48	24	-	-
04.09- Cirurgias ambulatoriais - Vasectomia	24	12	-	-
04.09.06- CAF	NC	NC	-	-
TOTAL	20.052	10.026	11.884	118,53%

Fonte: DATASUS Tab. Para Windows (TABWIN), consulta em março 2021.

Considerando os dados apresentados quanto às metas quantitativas de julho a dezembro de 2021 na produção ambulatorial de média complexidade aprovadas na base de dados do DATASUS referentes ao segundo semestre de 2021, a Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia registrou **11.884** procedimentos realizados, representando **118,53%** da produção contratualizada. O hospital em tela ainda realizou o procedimento de Acolhimento com classificação de risco – quatro mil duzentos e trinta e oito (4.238) procedimentos.

10. CONSTATAÇÕES E RECOMENDAÇÕES AO HOSPITAL

10.1 EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Meta 1 – Média de Permanência (geral/institucional).

Constatação: O Hospital cumpriu a meta.

Evidência: O hospital apresentou uma média de permanência Total de 3,08 dias.

Por especialidade o Hospital em tela apresentou uma Média de Permanência de: clínica cirúrgica – 3,93 dias; clínica obstétrica – 1,59 dias; clínico – 3,62 dias; pediátrico 2,95 dias; e psiquiátrico 0.

Pela média geral apresentada a Instituição enquadra-se entre maior que > 3 até 4 dias de internação, perfazendo 100 pontos.

Recomendação: Meta cumprida, mesmo assim recomendamos:

- Eficiência na gestão do leito operacional com implantação efetiva do Núcleo Interno de Regulação Hospitalar;
- Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional com implantação e acompanhamento de protocolos e indicadores clínicos.

Meta 2 – Taxa de Mortalidade Institucional

Constatação: O hospital não cumpriu a meta.

Evidência: No período avaliado a Taxa de mortalidade institucional foi de 5,04%.

Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período.

A taxa de mortalidade institucional foi maior neste período avaliado considerando os óbitos em decorrência do alto número de paciente com diagnóstico por Covid-19.

Para o período avaliado a instituição em tela comprovou participação no Comitê de Mortalidade Materna Infantil e Fetal, equipe composta por profissionais representando a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, assim como, profissionais representando a Secretaria Municipal de Saúde. Foram apresentadas 3 (três) atas no período avaliado: ata nº128/2021 de outubro de 2021; ata nº129/2021 de novembro de 2021; e ata nº 130/2021 de dezembro de 2021.

Recomendação:

- Implantação de Comitê de Revisão de Óbito Hospitalar para análise efetiva dos fatores determinantes do óbito.

Meta 3 – Rede Cegonha.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.



Evidência: No período avaliado o Hospital em Tela realizou 88 (oitenta e oito) partos, com um óbito de recém-nascido e um óbito fetal, resultando em 86 (oitenta e seis) recém-nascidos no período avaliado.

A instituição emitiu Ofício ISCMC/RT27/2022 relatando que desde o início da pandemia os partos estão sendo realizados no Hospital São Lucas e que conforme o protocolo da rede cegonha o RN tem o primeiro contato pele à pele imediato e a amamentação na primeira hora de vida, desde que a mãe e RN estejam clinicamente estáveis e mediante constatação dos médicos assistentes, sempre respeitando a vontade materna. E que a partir do dia 30/03/2022 na qual foi realizada a reunião da auditoria conforme ofício 15/2022 enviado para o gerente administrativo da Santa Casa de Cassilândia, irão enfatizar as ações citadas anteriormente contemplando os indicadores 3A e 3B.

3.a Contato Imediato Pele a Pele na 1ª hora de Vida.

Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram contato imediato pele a pele na 1ª hora de vida e o total de RN, no período avaliado.

A instituição possui Manual de Normas e Rotinas da Maternidade, atualizado no ano de 2021.

Contemplando: Normas gerais da assistência; cuidado à parturiente; acompanhamento do trabalho de parto e parto pela equipe de enfermagem obstétrica; procedimentos e cuidados maternos nos estágios do parto; procedimentos e cuidados com o recém-nascido. Dentre todas as orientações do documento, uma delas inclui como cuidados classificado como imediato ao nascimento – “colocar o recém-nascido sobre o abdômen ou os braços da sua mãe.”

Para o período avaliado foram realizadas entrevista nos dias 31/03 e 04/04/2022 com 15 parturientes, 73,33% relataram terem contado imediata pele a pele com o recém-nascido.

3.b Aleitamento Materno na 1ª hora de Vida.

Relação percentual entre a quantidade de recém-nascidos (RN) que tiveram aleitamento materno na 1ª hora de vida e o total de RN, no período avaliado.

A instituição possui Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno, atualizado em janeiro de 2020.

Contemplando: diretrizes; orientações sobre a sala de parto, apartamento e alojamento conjunto, forma de tornar a amamentação tranquila e prazerosa, posições para amamentar, pega correta da mama, motivos médicos aceitáveis para a suplementação do leite materno. As



parturientes recebem na alta hospitalar cartilha informativa sobre vantagens do aleitamento materno e passos para obter sucesso no aleitamento materno.

Para o período avaliado foram realizadas entrevista nos dias 31/03 e 04/04/2022 com 15 parturientes, 73,33% relataram terem aleitamento materno na primeira hora de vida.

Recomendação: Apesar de documentação apresentada recomenda-se:

- Utilização de ficha para coleta de dados de cada parto realizado– Indicadores de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (Rede Cegonha).
- Preenchimento de relatório mensal dos indicadores de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (Rede Cegonha).

Meta 4 – Participação na Política da Atenção às Urgências e Emergências.

4.a Acolhimento com Classificação de Risco.

Constatação: O Hospital cumpriu a meta.

Evidência: Ao acompanhar a implantação de rotinas efetivas e sistematizadas para acolhimento e a pronta identificação do paciente crítico ou mais grave, permitindo o atendimento rápido e seguro, de acordo com o potencial de risco com base nas evidências científicas existentes. A instituição possui banner explicativo na recepção sobre acolhimento e classificação de risco. Possui o Protocolo escrito, com **revisão anual**, aprovado pela Direção Hospitalar: **SIM**, porém revisado em **janeiro de 2020**. Não apresentou a comprovação de capacitação anual da equipe quanto a implementação ou atualização do protocolo. Verificado que fora implantado o protocolo de rotina sistematizada, com registro em prontuário com a classificação de risco de todos os pacientes, com equipe disponível para Acolhimento com Classificação de Risco com a apresentação das escalas de plantão das equipes médicas e de enfermagem.

4.b Implantação de protocolos clínicos para as 3 (três) linhas de cuidados das patologias de maior incidência.

Evidência: Apresentou os protocolos escritos de: Parada Cardiorrespiratória; Crise Hipertensiva; Trauma de Tórax; Acidente Vascular Encefálico AVE; e Traumatismo Crânio Encefálico TCE com **revisão anual**, aprovado pela Direção Hospitalar. Não apresentou a comprovação da capacitação anual da equipe quanto a implementação destes protocolos no período avaliado.

4.c Existência de Médico e Enfermeiro 24 horas no Hospital.

Evidência: A instituição hospital apresentou escala de plantão das equipes médicas e de enfermagem comprovando a existência de profissionais 24 horas na instituição. Todos os profissionais estão cadastrado no CNES do hospital.

Recomendação: Mesmo tendo cumprido a meta recomendamos:

- Manter atualizado revisão anual do protocolo da classificação de risco;
- Manter capacitação anual da equipe quanto a implementação do protocolo da classificação de risco;
- Manter atualizado revisão anual dos protocolos clínicos para as três linhas de cuidados das patologias de maior incidência;
- Manter capacitação anual da equipe quanto as três linhas de cuidados das patologias de maior incidência.

10.2 EIXO DE GESTÃO

Meta 05 – Cadastro do hospital atualizado no CNES.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência: Em referência ao item 05.a Profissionais cadastrados. Com relação a situação cadastral dos profissionais e funções, foi realizado comparação entre a listagem de profissionais enviados pelo hospital e o cadastro na base do CNES. Na base do CNES foram apresentados 57 (cinquenta e sete) profissionais, na listagem fornecida pelo hospital foram apresentados total de 59 (cinquenta e nove) profissionais sendo, 41 (quarenta e um) profissionais registrados e 18 (dezoito) profissionais terceirizados. Observado como inconsistência: 03 (três) profissionais apresentados pelo hospital, porém, não constam na base do CNES; e 01 (um) profissional que consta na base do CNES, mas não consta na lista do Hospital. O hospital apresentou justificativa para as inconsistências observadas. O nome dos profissionais, suas funções e a justificativa apresentada pelo hospital são demonstradas na **Tabela 9** a seguir.



Tabela 9: Situação cadastral de profissionais da unidade do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia.

Profissionais que constam na lista do hospital, mas não constam na base do CNES		
Nome	Função	Justificativa
Glauceni Dias Queiroz	Faxineira	Aguardando aposentadoria
Joaquina M. da S. T. de Moura	Técnica em Enfermagem	Aguardando aposentadoria
Roseni Ferreira Bonfin	Técnica em Enfermagem	Aguardando aposentadoria
Profissionais que constam na base do CNES, mas não consta na lista do Hospital		
Matheus Barbosa de Oliveira	Enfermeiro	Esperando retirada da base

Fonte: Listagem dos Profissionais – CNES 2375680, consulta em 22/03/2022 e Relação fornecida de Profissionais do Hospital.

Em referência ao item 5.b Serviços Cadastrados. Consta na base CNES como Serviços próprios: central de esterilização de materiais, farmácia, lavanderia e serviço de prontuário de paciente. Serviços especializados – atenção reprodutiva, diagnóstico de laboratório clínico, diagnóstico por imagem, diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos, hemoterapia e traumatologia e ortopedia. Confere os dados no cadastro conforme verificação *in loco* realizada no dia 01 de abril de 2022.

Em referência ao item 05.c Instalações Físicas para Assistência. Na consulta no cadastro do CNES o hospital possui informações sobre os tipos de instalação, quantidade de consultório e quantidade de leitos e equipamentos. Quanto ao serviço hospitalar dispõe no cadastro de 32 (trinta e dois) leitos dispostos da seguinte maneira: especialidade Cirúrgica, 04 (quatro) leitos; especialidade Clínica, 20 (vinte) leitos; especialidade Obstétrica, 02 (dois) leitos; especialidade Psiquiátrica 01 (um) leito; e especialidade Pediátrica 05 (cinco) leitos.

Segundo ofício ISCMC nº15/2022, de 01 de abril de 2022 ao Gestor municipal de Saúde de Cassilândia. A Santa Casa de Cassilândia realizou um remanejamento dos leitos para atendimento no período da pandemia. Para atendimento à Pandemia do Corona Vírus o hospital possui um total de 15 (quinze) leitos, sendo: 05 (cinco) leitos com Aparelho de Respirador; 03 (três) leitos com Enfermaria Feminina; 03 (três) leitos com Enfermaria Masculina, 05 (cinco) leitos com Enfermaria Pediátrica. Demais patologias: 04 (quatro) leitos com Enfermaria Feminina; 05 (cinco) leitos com Enfermaria Masculina; 03 (três) leitos com Enfermaria de Pediatria; 01 (um) leito de Obstetrícia; 02 (dois) leitos Cirúrgicos; 01 (um) leito de Isolamento.

Sobre Instalações físicas para assistência consta na base CNES: Urgência e Emergência – sala de atendimento indiferenciado, sala de curativo e sala de repouso/observação indiferenciado; Ambulatorial – outros consultórios não médicos e sala de pequena cirurgia; Hospitalar – leitos RN normal, sala de cirurgia, sala de parto normal e sala de recuperação.

Durante a Visita Técnica in loco realizada no dia 01 de abril de 2022, foi verificado todas as instalações, somente a sala de recuperação foi constatado que não existe, os pacientes são encaminhados para o leito dos quartos.

Em referência ao item 5.d Equipamentos cadastrados. Sobre equipamentos/rejeitos consta na base CNES: Equipamentos de diagnóstico por imagem – Raio X de 100 a 500 mA e Ultrassom Ecográfico; Equipamentos de Infraestrutura – grupo gerador; Equipamentos para manutenção da vida – berço aquecido, desfibrilador, equipamento de fototerapia, incubadora, monitor de ECG, reanimador pulmonar/AMBU, respirador/ventilador; Equipamentos por métodos gráficos – eletrocardiógrafo; Equipamentos por métodos ópticos – microscópio cirúrgico; Outros equipamentos – bomba de infusão de hemoderivados.

Durante a Visita Técnica in loco realizada no dia 01 de abril de 2022, foi verificado a conformidade com o cadastro.

Recomendação:

- Manter o cadastro do hospital atualizado no CNES, conforme inciso II do Art. 2º e inciso III do Art. 3º da Portaria nº 1.646/2015 de 02/10/2015.

Meta 06 – Taxa de ocupação hospitalar.

Constatação: O hospital não cumpriu a meta.

Evidência: O percentual de taxa de ocupação hospitalar foi de 20,15% no 2º semestre de 2021, conforme os dados inseridos na base de dados do DATASUS. E de acordo com a contratualização, TOH <30% não pontuam. Consta ainda que quando o Hospital não atingir a taxa de ocupação igual ou maior que 80%, considerar a pontuação máxima (100 pontos) desde que a instituição cumpra 90% ou mais da quantidade de internações contratualizadas em cada uma das clínicas básicas. No entanto, a Instituição não atingiu porcentagem nas internações por leito/especialidade, conforme segue: Leitos cirúrgico – 23,47% e psiquiátrico 0%.

Porém considerado os 100 pontos para esta meta fundamentado na Lei Federal nº 13.992, de 22 de abril de 2020, e prorroga até 31 de dezembro de 2021 a suspensão da obrigatoriedade de manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Recomendação:



- O Hospital Santa Casa de Cassilândia deve acompanhar e avaliar a ocupação dos leitos e o ajuste deles ao quantitativo e perfil das internações contratualizadas, a fim de atingir um percentual acima de 80%.

Meta 07 – Segurança do Paciente

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência: Para o item 7.a Documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP e constituição da respectiva equipe. Não foi apresentado Documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP. Foi apresentada composição da equipe composta na Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, composta por: Médico/Coordenador; Médico/Vice Coordenador; Enfermeira RT/Enfermeira; representante do Faturamento; e representante da Direção Administrativa. Foi apresentada composição da equipe composta na Comissão de Controle de Infecções Hospitalares – CCIH, composta por: representante do Administrativo; Direção Clínica; Bioquímico; Farmacêutico; Coordenador do Banco de Sangue; e Enfermeira Responsável Técnica.

Recomendação: Fazer o documento de criação do Núcleo de Segurança do Paciente específico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia, podendo ser por meio de uma Portaria ou Resolução.

Para o item 7.b Cadastro do NSP no site da ANVISA – NOTIVISA. A Instituição apresentou e-mail com solicitação da Inclusão do Núcleo de Segurança do Paciente e cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia no site www.anvisa.gov.br/notivisa

Para o item 7.c Regimento Interno do NSP. Instituição apresentou documentação do Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, revisada em agosto de 2021. Contemplando: introdução, nome, finalidade, composição, mandato, sede, funcionamento e organização, atribuições e disposições gerais.

Recomendação: Elaborar o Regimento interno específico do NSP, com baseado no documento de criação deste núcleo no hospital, que contemple as disposições gerais; a composição do núcleo de segurança do paciente; e as competências do NSP. Que o Regimento Interno seja apresentado e discutido com seus colaboradores, com registro em Ata de Reunião, destacando: quais os membros que compõem, as atribuições do NSP e dos membros que o compõem, a

periodicidade das reuniões e a vigência da comissão, conforme previsto na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 e o Manual de Implantação do NSP em Serviços de Saúde.

Para o item 7.d Plano de Segurança do Hospital. Instituição apresentou o Plano de Segurança do Paciente elaborado pela Enfermeira Enfª Suellen Rodrigues Vaz COREN/MS 333.390-IS. Documento contempla: finalidade do plano de segurança; objetivos; termos técnicos relevantes; princípios e diretrizes; estratégias para vigilância de eventos adversos; ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde; estratégias e ações; mecanismo de identificação e monitoramento dos riscos; e mecanismos de investigação dos eventos e divulgação dos resultados.

Recomendação: Mesmo tendo cumprido a meta mantemos as recomendações de:

Que os membros do NSP façam a divulgação, e monitoramento das ações estabelecidas, por meio dos indicadores sugeridos no PSP, em conformidade com o descrito na RDC nº 36/2013. Que o PSP contemple ações integradas com o plano de controle de infecção relacionada à assistência à saúde e segurança ocupacional.

Para o item 7.e: Critérios para análise da conformidade das atas de reuniões do NSP: No período avaliado foi realizado uma reunião da Comissão de Revisão de Prontuários: Ata nº 12 da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, dia 09/07/2021, com presença do presidente, vice-presidente, secretária, faturamento e administrativo. No período avaliado foram realizadas duas reuniões dos membros da Equipe da CCIH: 09 de setembro de 2021 – referente aos meses de junho, julho e agosto e 17 de dezembro de 2021 – referente aos meses de setembro, outubro e novembro.

Recomendação: Formalizar o NSP e com as atas de reuniões referente a este núcleo com as atas conforme definido no regimento interno. E que o coordenador do NSP elabore e aprove em conjunto com os demais membros uma agenda de reuniões e de atividades do NSP, inclusive com representantes das demais instâncias do serviço de saúde que tem interface com a segurança do paciente. O NSP deve determinar a melhor forma de comunicação com os seus integrantes e de divulgação do PSP, bem como da agenda de reuniões e de atividades.

Para o item 7.f Implantação dos Protocolos de Segurança. A instituição apresentou protocolo para Segurança do Paciente, revisado pela Enfermeira Enfª Suellen Rodrigues Vaz



COREN/MS 333.390-IS. O documento contempla as seguintes estratégias: Higienização das mãos; Identificação do Paciente; Comunicação Efetiva; Prevenção de Queda; Prevenção de Úlcera de Pressão; Administração Segura de Medicamentos; Uso seguro de Dispositivos Intravenosos; Procedimentos Cirúrgicos Seguros; Administração Segura de Sangue e Hemocomponentes; Utilização Segura de Equipamentos; Pacientes Parceiros na sua Segurança; Formação de Profissionais da Saúde para o Cuidado Seguro.

Recomendação: Apresentar semestralmente as atas de capacitação das equipes quantos aos protocolos escritos.

Para o item 7.g Notificação de eventos adversos no sistema NOTIVISA (pelo menos um evento por mês). O Hospital não apresentou um evento por mês e nem cópia do Formulário de Notificação de incidentes/eventos adversos, ou similar, emitido no Sistema Notivisa pela Unidade notificante. Considerando que podem ser notificados os eventos adversos no Notivisa seguintes: Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico; Queda do paciente; Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado); Reação adversa ao uso de medicamentos; Inefetividade terapêutica de algum medicamento; Erros de medicação que causaram ou não danos à saúde do paciente (por exemplo, troca de medicamentos no momento da administração. Evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar; Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea; Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético; Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante. E exemplos de notificações de queixas técnicas que podem ser feitas no Notivisa: Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio da qualidade; Produto com suspeita de estar sem registro; Suspeita de produto falsificado.

Recomendação: Que os membros do NSP identifiquem, analisem e notifiquem todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos que ocorrerem no serviço de saúde em atendimento ao art. 10 da RDC nº. 36/2013.

Meta 08 – Existência de e/ou participação em Programa de Capacitação, Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência: A Instituição comprovou a realização da capacitação continuada do semestre:



- **NR 32:** Proibição do uso de Adornos. Data: 30/07/2021. Ministrante Enfermeira RT Suellen Rodrigues Vaz. Equipe de Enfermagem, 16 participantes, 80% da equipe.
- **NR 32:** acidente com perfurocortantes. Data: 30 e 31/08/2021. Ministrante Enfermeira RT Suellen Rodrigues Vaz. Equipe de Enfermagem, 14 participantes, 70% da equipe.
- **Sondagem Vesical de Alívio e de Demora e a Importância da Realização da Antissepsia.** Data: 01/09/2021. Ministrante Dr. Thadeu Baraldi Ferreira. Equipe de Enfermagem, 14 participantes, 70% da equipe.
- **Sinais de Alarme e Limpeza de PPS para Aferir SSVV.** Data: 01/10/2021. Ministrante Dra. Beatriz Albino Queiroz. Equipe de Enfermagem, 12 participantes, 60% da equipe.
- **Higienização das Mãos.** Data: 24 e 25/11/2021. Ministrante Enfermeira responsável pelo CC, CME e Expurgo Alessandra Pereira da Silva. Equipe de Enfermagem, 15 participantes, 75% da equipe.
- **Segurança e manuseio com produtos químicos.** Data: 09/12/2021. Ministrante Grupo Ecomel - Jaucione Barbosa dos Santos Balta. Equipe de Cozinha, limpeza e lavanderia, 06 participantes, 100% da equipe.

No período avaliado a Instituição realizou 06 (seis) Educações Continuadas, contemplando as equipes de Enfermagem, Cozinha, Limpeza e Lavanderia. Em apenas uma das capacitações a participação da equipe foi de 60%, em todas as outras a participação foi acima de 70%. Foi calculado a média de participação entre todas as capacitações obtendo uma porcentagem de 75,83%, dessa forma a Instituição atinge pontuação máxima de 120 pontos (acima de 70% = 120 pontos)

Recomendação: Não se aplica, mas mantemos as recomendações de:

- Que a Direção Hospitalar realize capacitações, no mínimo, a 70% dos funcionários permanentemente a cada seis meses, contemplando as seguintes fases: levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade e definição de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos resultados. Sugere-se ainda considerar as informações obtidas a partir da pesquisa de satisfação dos colaboradores.
- Elaborar um cronograma de capacitações para serem realizadas durante o semestre e que contemple as diferentes categorias profissionais do hospital.



10.3 EIXO DE AVALIAÇÃO

Meta 09 – Avaliação da satisfação do usuário SUS.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência: Nas políticas prioritárias na avaliação de satisfação dos usuários, foi realizado entrevista da satisfação do usuário via ligação telefônica.

Foram realizados dois questionários: um questionário para avaliar a satisfação dos usuários utilizadas para as especialidades, cirúrgica, clínica e pediátrica; e outro questionário específico da avaliação de satisfação das puérperas.

Para o primeiro questionário foram entrevistados 11 (onze) usuários atendidos no segundo semestre de 2021, sendo especialidade: cirúrgico (03), clínico (04) e pediátrico (04). Esse grupo apresentou satisfação positiva, resultando em 82% de aprovação.

Para o questionário específico da avaliação de satisfação das puérperas, foram entrevistadas 15 (quinze) puérperas atendidas no segundo semestre de 2021. Esse grupo apresentou satisfação positiva, resultando em 87,27% de aprovação.

A média entre os dois grupos foi de 84,63% de aprovação.

Meta 10 – Avaliação da satisfação dos colaboradores e Implantação da gestão participativa.

Constatação: O hospital cumpriu a meta.

Evidência:

Para o item 10.a) Avaliação de Satisfação dos Colaboradores. A avaliação dos colaboradores foi analisada através de questionário estruturado, no qual foram inseridos 15 questionamentos, sendo respondido individualmente e com campo para observação. O questionário foi respondido por 30 colaboradores e apresentou avaliação positiva. O percentual de satisfação dos colaboradores foi de 90,3% de satisfação.

Para o item 10.b) Implantação de gestão participativa. Registro da reunião semestral entre a Direção Administrativa e colaboradores, para apresentação do Relatório elaborado pela Auditoria, bem como, para definição de atribuições e responsabilidades por serviços prestados hospitalar e/ou profissional visando ao cumprimento das metas contratualizadas. Não foi apresentado comprovação de reunião para apresentação do Relatório de avaliação das metas quali-quantitativas. No período avaliado foi realizada uma reunião pelo setor administrativo com os colaboradores do hospital, sendo apresentada pela ata: Ata nº 03 do Administrativo. Data:



07 de dezembro de 2021. Realizada reunião com equipe da Recepção e Faturamento, contemplando 100% da equipe.

Recomendação: Que a Direção Administrativa do Hospital realize reunião semestral com os colaboradores para apresentar o Relatório elaborado pelo componente municipal auditoria no período anterior, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviços hospitalar e/ou profissional visando ao cumprimento das metas contratualizadas e busque atingir um número maior de colaboradores dos diversos setores, cumprindo a meta de $\geq 80\%$.

11. CONCLUSÃO

No que se refere ao cumprimento das metas qualitativas contratualizadas, o Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Cassilândia obteve um total de **880** pontos. Deste modo, fica aprovado o repasse de **100%** do valor previsto na faixa de desempenho, do valor financeiro previsto, conforme Termo de Contratualização nº 001/2021, e em seu Primeiro Termo Aditivo com vigência até o dia 31 de agosto de 2022.

Nas metas quantitativas, o hospital realizou **91,06%** das metas de internação nas cinco clínicas contratualizadas e na produção ambulatorial realizou **118,53%** das metas dos procedimentos de média complexidade.

É o relatório.

Cassilândia – MS, 13 de abril de 2022.

Caroline Meireles Fantoni
Auditora em Saúde Pública
Mat. 2667
Cassilândia - MS

Caroline Meireles Fantoni
Auditoria – SUS- SMS

Laécio dos Santos Oliveira
Auditor em Saúde Pública
Mat. 2236
Cassilândia - MS

Laécio dos Santos Oliveira
Auditor – SUS- SMS

José Lourenço B.L. Marim
Secretário Municipal de Saúde